

**Wniosek o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób  
Niepełnosprawnych uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**  
(wypełnia osoba niepełnosprawna lub w przypadku osoby niepełnoletniej rodzice bądź  
opiekun prawny)

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

.....

Data urodzenia .....

Planowany termin uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym .....

Numer telefonu: .....

Adres e-mail: .....

**POSIADANE ORZECZENIE \*\***

a) o stopniu niepełnosprawności  znacznym  umiarkowanym  lekkim

**Numer orzeczenia:**

b) o zaliczeniu do jednej z grup inwalidów  I  II  III

c)  o całkowitej  o częściowej niezdolności do pracy  o niezdolności do pracy w gospodarstwie rolnym  o niezdolności do samodzielnej egzystencji

d) o niepełnosprawności osoby do 16. roku życia

Korzystałem(am) z dofinansowania do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym ze środków PFRON \*\*

Tak (podać rok).....  Nie

Jestem zatrudniony(a) w zakładzie pracy chronionej\*\*  Tak  Nie

Imię i nazwisko opiekuna .....

*(wypełnić, jeśli lekarz uznał konieczność pobytu opiekuna)*

**OŚWIADCZENIE**

Oświadczam, że przeciętny miesięczny dochód, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym, obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, wynosił ..... zł. Liczba osób we wspólnym gospodarstwie domowym wynosi ..... Oświadczam, że powyższe dane są zgodne z prawdą oraz że jestem świadom(a) odpowiedzialności karnej za składanie nieprawdziwych danych.

Zobowiązuję się do przedstawienia lekarzowi na turnusie rehabilitacyjnym aktualnego zaświadczenia o stanie zdrowia.\*\*\*

.....

(data) (czytelny podpis wnioskodawcy)

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć.

\*\*\* Dotyczy turnusu rehabilitacyjnego, którego program przewiduje zabiegi fizjoterapeutyczne.

Oświadczam że zapoznałem(am) się z treścią Klauzuli RODO.

**Klauzula RODO**

Informacje o przetwarzaniu danych osobowych w związku ze złożeniem wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych

### **Tożsamość administratora**

Administratorem Państwa danych osobowych jest Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej reprezentowany przez Dyrektora z siedzibą przy ul. Dworna 23B, 18-400 Łomża, do którego składany jest wniosek o dofinansowanie.

### **Dane kontaktowe administratora**

Z administratorem można skontaktować się za pośrednictwem poczty tradycyjnej Miejski Ośrodek Pomocy Społecznej ul. Dworna 23B, 18-400 Łomża lub elektronicznej [poczta@mopslomza.pl](mailto:poczta@mopslomza.pl), a także telefonicznie 86 216 42 60.

### **Dane kontaktowe Inspektora Ochrony Danych**

Administrator wyznaczył inspektora ochrony danych, z którym można skontaktować się we wszystkich sprawach dotyczących przetwarzania danych osobowych oraz korzystania z praw związanych z przetwarzaniem. Dane kontaktowe inspektora ochrony danych: Inspektor Ochrony Danych - Wiesław Wiczorek tel. 86 216 4260 wew. 25, ul. Dworna 23B, 18-400 Łomża lub [wwiczorek@mopslomza.pl](mailto:wwiczorek@mopslomza.pl)

### **Cele przetwarzania**

Państwa dane osobowe przetwarzane będą w celu rozpatrzenia wniosku o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych oraz – w przypadkach tego wymagających – zawarcia i wykonania umowy o dofinansowanie. Celem przetwarzania może być także ustalenie, dochodzenie lub obrona roszczeń.

### **Podstawa prawna przetwarzania**

RODO - rozporządzenie Parlamentu Europejskiego i Rady (UE) 2016/679 z dnia 27 kwietnia 2016 r. w sprawie ochrony osób fizycznych w związku z przetwarzaniem danych osobowych i w sprawie swobodnego przepływu takich danych oraz uchylenia dyrektywy 95/46/WE, zwane dalej „RODO”.

Podstawą prawną przetwarzania Państwa danych osobowych zwykłych jest art. 6 ust. 1 lit. c oraz e RODO, a w zakresie danych dotyczących zdrowia art. 9 ust. 2 lit. g RODO. Podstawą prawną przetwarzania danych osobowych może być art. 6 ust. 1 lit. b oraz f RODO i art. 9 ust. 2 lit. f RODO.

### **Okres, przez który dane będą przechowywane**

Państwa dane osobowe będą przetwarzane zgodnie z zasadami archiwizacji obowiązującymi u administratora. W przypadku ustalenia, dochodzenia lub obrony roszczeń dane mogą być przetwarzane do czasu zakończenia postępowania.

### **Podmioty, którym będą udostępniane dane osobowe**

Dostęp do Państwa danych osobowych mogą mieć podmioty świadczące na rzecz administratora usługi doradcze, z zakresu pomocy prawnej, pocztowe, dostawy lub utrzymania systemów informatycznych.

### **Prawa podmiotów danych**

Przysługuje Państwu prawo:

- 1) na podstawie art. 15 RODO – prawo dostępu do danych osobowych i uzyskania ich kopii,
- 2) na podstawie art. 16 RODO – prawo do sprostowania i uzupełnienia danych osobowych,
- 3) na podstawie art. 17 RODO – prawo do usunięcia danych osobowych,
- 4) na podstawie art. 18 RODO – prawo żądania od administratora ograniczenia przetwarzania danych,
- 5) na podstawie art. 20 RODO – prawo do przenoszenia danych osobowych przetwarzanych w sposób zautomatyzowany na podstawie art. 6 ust. 1 lit. b RODO,
- 6) art. 21 RODO – prawo do wniesienia sprzeciwu wobec przetwarzania danych przez administratora.

### **Prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego**

Przysługuje Państwu prawo wniesienia skargi do organu nadzorczego, tj. Prezesa Urzędu Ochrony Danych Osobowych, ul. Stawki 2, 00 - 193 Warszawa, na niezgodne z prawem przetwarzanie danych osobowych przez administratora.

### **Informacja o dowolności lub obowiązku podania danych oraz o ewentualnych konsekwencjach niepodania danych**

Podanie danych osobowych na potrzeby rozpatrzenia Państwa wniosku jest obowiązkowe.

### **Podpis wnioskodawcy**

.....  
(data)

.....  
(czytelny podpis wnioskodawcy)

### **Wypełnia MOPS-BZiRON**

.....  
(data wpływu wniosku do PCPR)

.....  
(pieczęć PCPR i podpis pracownika)

**PRZEDSTAWICIEL USTAWOWY (dla małoletniego wnioskodawcy lub osoby ubezwłasnowolnionej), opiekun prawny lub pełnomocnik**

Imię i nazwisko: .....

PESEL lub numer dokumentu tożsamości: .....

Adres zamieszkania: .....

.....

Numer telefonu: .....

Adres email: .....

Data urodzenia: .....

ustanowiony przedstawicielem\* / opiekunem\* / pełnomocnikiem\*: .....

.....

postanowieniem Sądu: .....

.....

z dn. .... sygn. Akt\*: .....

/na mocy pełnomocnictwa potwierdzonego przez Notariusza\*: .....

.....

z dn. .... repet. nr .....

.....

(data)

(podpis  
przedstawiciela ustawowego\*  
opiekuna prawnego\*  
pełnomocnika\*)

---

\* niepotrzebne skreślić

.....  
pieczętka zakładu opieki zdrowotnej  
lub gabinetu lekarskiego

## WNIOSEK LEKARZA O SKIEROWANIE NA TURNUS REHABILITACYJNY

Imię i nazwisko .....

PESEL albo numer dokumentu tożsamości .....

Adres zamieszkania\* .....

### RODZAJ SCHORZENIA LUB DYSFUNKCJI \*\*

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu ruchu                   | <input type="checkbox"/> choroba psychiczna         |
| <input type="checkbox"/> osoba poruszająca się na wózku inwalidzkim | <input type="checkbox"/> padaczka                   |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu słuchu                  | <input type="checkbox"/> schorzenie układu krążenia |
| <input type="checkbox"/> dysfunkcja narządu wzroku                  | <input type="checkbox"/> inne (jakie?) .....        |
| <input type="checkbox"/> upośledzenie umysłowe                      | .....   |

### KONIECZNOŚĆ POBYTU OPIEKUNA NA TURNUSIE:

- NIE
- TAK – uzasadnienie .....
- .....
- .....
- .....
- .....
- .....

### UWAGI:

.....

.....

.....

.....

.....  
(data)

.....  
( pieczętka i podpis lekarza )

\* W przypadku osoby bezdomnej wpisać miejsce pobytu.

\*\* Właściwie zaznaczyć

## **Informacja dotycząca ubiegania się o dofinansowanie ze środków Państwowego Funduszu Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych do uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym**

Wnioski o dofinansowanie do uczestnictwa osób niepełnosprawnych i ich opiekunów w turnusach rehabilitacyjnych można składać **w formie elektronicznej** w Systemie SOW pod adresem [sow.pfron.org.pl](http://sow.pfron.org.pl) lub w formie papierowej w Miejskim Ośrodku Pomocy Społecznej – Biurze Zatrudnienia i Rehabilitacji Osób Niepełnosprawnych w Łomży, ul. Dworna 23 B, 18-400 Łomża tel. (86) 216 74 16.

### **Osoba niepełnosprawna może ubiegać się o dofinansowanie pod warunkiem, że:**

1. została skierowana na turnus na wniosek lekarza, pod którego opieką się znajduje,
2. posiada ważne orzeczenie o stopniu niepełnosprawności,
3. w roku, w którym ubiega się o dofinansowanie, nie uzyskała na ten cel dofinansowania ze środków PFRON,
4. weźmie udział w turnusie, który odbędzie się w ośrodku wpisanym do rejestru ośrodków, prowadzonego przez wojewodę, albo poza takim ośrodkiem, w przypadku gdy turnus jest organizowany w formie niestacjonarnej ( do sprawdzenia na portalu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej: <https://empatia.mpips.gov.pl> ),
5. wybierze organizatora turnusu, który posiada wpis do rejestru organizatorów turnusów (do sprawdzenia na portalu Ministerstwa Rodziny i Polityki Społecznej: <https://empatia.mpips.gov.pl> ),
6. będzie uczestniczyła w zajęciach przewidzianych w programie turnusu, który wybrała,
7. w przypadku turnusu, którego program przewiduje także zabiegi fizjoterapeutyczne, przedstawi podczas pierwszego badania lekarskiego na turnusie, zaświadczenie lekarskie o aktualnym stanie zdrowia, w szczególności o chorobie zasadniczej, uczuleniach i przyjmowanych lekach (druk – informacja o stanie zdrowia).
8. nie będzie pełniła funkcji członka kadry na tym turnusie, ani nie będzie opiekunem innego uczestnika tego turnusu,
9. złoży oświadczenie o wysokości przeciętnego miesięcznego dochodu, w rozumieniu przepisów o świadczeniach rodzinnych, podzielony przez liczbę osób we wspólnym gospodarstwie domowym obliczony za kwartał poprzedzający miesiąc złożenia wniosku, przy czym obliczony dochód nie przekroczy kwoty:
  - 50 % przeciętnego wynagrodzenia na osobę we wspólnym gospodarstwie domowym,
  - 65 % przeciętnego wynagrodzenia w przypadku osoby samotnej.

**Osobie niepełnosprawnej o znacznym lub umiarkowanym** stopniu niepełnosprawności albo równoważnym oraz osobie niepełnosprawnej w wieku do 16 lat może być przyznane dofinansowanie pobytu na turnusie rehabilitacyjnym **jej opiekuna**, pod warunkiem że:

1. lekarz we wniosku o skierowanie na turnus rehabilitacyjny wyraźnie wskaże konieczności pobytu opiekuna wraz z uzasadnieniem,
2. **opiekun:**
  - nie będzie pełnił funkcji członka kadry na tym turnusie,
  - nie jest osobą niepełnosprawną wymagającą opieki innej osoby,
  - ukończył 18 lat albo ukończył 16 lat i jest wspólnie zamieszkującym członkiem rodziny osoby niepełnosprawnej.

### **Wymagane dokumenty przy ubieganiu się o dofinansowanie do turnusu rehabilitacyjnego:**

1. Wniosek o przyznanie dofinansowania ze środków PFRON uczestnictwa w turnusie rehabilitacyjnym
2. Wniosek lekarza o skierowanie na turnus rehabilitacyjny wypełniony przez lekarza, pod którego opieką znajduje się osoba niepełnosprawna, sporządzony nie wcześniej niż 3 miesiące przed datą złożenia wniosku
3. Kopia aktualnego orzeczenia o stopniu niepełnosprawności
4. Zaświadczenie ze szkoły o kontynuowaniu nauki (dotyczy młodzieży uczącej się i niepracującej w wieku 16-24 lat)

### **Podstawa prawna:**

– Ustawa z dn. 27 sierpnia 1997r. o rehabilitacji zawodowej i społecznej oraz zatrudnianiu osób niepełnosprawnych /Dz.U. z 2024 r., poz. 44 z późn. zm./ – Rozporządzenie Ministra Gospodarki, Pracy i Polityki Społecznej z dn. 15 listopada 2007r. w sprawie turnusów rehabilitacyjnych /Dz.U. 2007 nr 230 poz. 1694 z późn. zm./.